

**TALITA LETÍCIA TREVISAN**

**PERCEPÇÃO DO BEM-ESTAR E DA SATISFAÇÃO SEXUAL  
DE PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA  
VIDEOLAPAROSCÓPICA APÓS 8-22 MESES DA  
REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2009**

**TALITA LETÍCIA TREVISAN**

**PERCEPÇÃO DO BEM-ESTAR E DA SATISFAÇÃO SEXUAL  
DE PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA  
VIDEOLAPAROSCÓPICA APÓS 8-22 MESES DA  
REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Rogério Paulo Moritz**

**Orientador: Prof. Ubiratan Cunha Barbosa**

**Co-orientador: Profa. Luísa Guedes de Oliveira**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2009**

## AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais, pela dedicação, carinho e paciência.*

*Ao meu irmão, pela companhia e compreensão.*

*À minha grande família Trevisan e Zandonai, pelo carinho e pela torcida.*

*Ao meu namorado, pelo apoio e por colorir os meus dias.*

*Às minhas amigas, pelas risadas, pelas lágrimas e por todos os nossos muitos dias de faculdade.*

*Ao Prof. Ubiratan Cunha Barbosa, orientador, pelo seu comprometimento exemplar e bem-humorado com o ensino da ginecologia e pela idealização e auxílio nesse trabalho.*

*À Profa. Luisa Guedes de Oliveira, co-orientadora, por sua atenção e pela participação nesse trabalho.*

*Aos funcionários da Clínica OTMA, por sempre estarem prontas para me auxiliar no acesso a prontuários.*

*À Marcinha, por ter me ajudado com a coleta dos dados das pacientes.*

*Ao Cleiton, pela paciência, pelas dicas e por me ceder livre acesso ao xerox do HU.*

*A todos aqueles não aqui citados que contribuíram de alguma forma para que esse trabalho se tornasse realidade.*

## RESUMO

**Objetivos:** Analisar a percepção do bem-estar e da satisfação sexual de pacientes hysterectomizadas por videolaparoscopia em clínica particular de Florianópolis/SC e, secundariamente, comparar as pacientes hysterectomizadas pelo método total e subtotal e avaliar a satisfação delas relacionada à cirurgia.

**Métodos:** Foram analisados 72 prontuários eletrônicos de pacientes submetidas à hysterectomia videolaparoscópica entre setembro de 2007 e setembro de 2008 com posterior contato telefônico para aplicação do questionário com o grupo selecionado, que totalizou 45 participantes.

**Resultados:** 39 (86.70%) pacientes relataram que é melhor não menstruar e que suas vidas melhoraram após a hysterectomia. 30 (66.70%) não relataram alteração do desejo sexual e 38 (84.40%) do orgasmo. Das 45 pacientes, 21 (46.67%) foram submetidas à hysterectomia total e 24 (53.33%) à hysterectomia subtotal. Quando comparados os grupos hysterectomia total e subtotal nos itens não menstruar, vida, desejo sexual e orgasmo não se encontraram diferenças estatisticamente significantes. 89% das pacientes afirmaram estar satisfeitas com a hysterectomia e 100% atribuíram nota acima de 8.00 (escala de 0.00-10.00) ao procedimento.

**Conclusões:** A maioria das pacientes interpretou como melhor ou inalterado o fato de não menstruar, as suas vidas, o desejo sexual e o orgasmo após a hysterectomia, apesar de não se poder atribuir esses resultados simplesmente como consequência do procedimento. Não houve diferenças os grupos submetidos à hysterectomia total e subtotal. A maioria das participantes está satisfeita com a cirurgia e todas graduaram a hysterectomia em notas acima de 8.00.

## ***ABSTRACT***

**Objectives:** To analyze the perception of the well-being and the sexual issues of the patients who undergone laparoscopic hysterectomy in a private clinic in Florianópolis/SC; to compare the patients who undergone total and subtotal hysterectomy and evaluate their satisfaction related to the surgery.

**Methods:** 72 patient's medical reports that underwent hysterectomy between September 2007-2008 were analyzed with a subsequent call to the selected group to perform the research (the final group was 45 patients).

**Results:** 39 (46.67%) patients related that is better to be in amenorrhea and that their life got better after hysterectomy. 30 (66.70%) related unchanging of the sexual desire and 38 (84.40%) of the orgasm. From 45 patients, 21 (46.67%) were submitted to total hysterectomy and 24 (53.33%) to subtotal hysterectomy. When comparing the groups (total and subtotal hysterectomy) on the item amenorrhea, life, sexual desire and orgasm, it was not found statistically significant differences between them. The groups of total and subtotal hysterectomy were similar in sexual issues. 89% patients were satisfied with the hysterectomy and 100% gave grade above 8.00 to the procedure (from 0.00-10.00).

**Conclusions:** Most of the patients interpreted as better or not different the item amenorrhea, life, sexual desire and orgasm after hysterectomy but these results can not be only consequence of the surgery. The groups of total and subtotal hysterectomy were similar in sexual issues. Most of the patients were satisfied with the hysterectomy and all of them gave high grades to the procedure.

## SUMÁRIO

<b>FALSA FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>i</b>
<b>FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>v</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>vi</b>
<b>1     INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2     OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3     MÉTODOS.....</b>	<b>6</b>
<b>3.1   Delineamento do estudo.....</b>	<b>6</b>
<b>3.2   Coleta de dados.....</b>	<b>6</b>
<b>3.3   Análise de dados.....</b>	<b>7</b>
<b>4     RESULTADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>5     DISCUSSÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>6     CONCLUSÕES.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>19</b>
<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>21</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>22</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Definir mulher é para muitos uma questão difícil, pois ao mesmo tempo em que se dá a noção generalizada de que ela é um ser humano do sexo feminino capaz de conceber e parir outros seres humanos, e que se distingue do homem por essas características<sup>1</sup>, cada qual pode emitir uma opinião ou mostrar seu ponto de vista sobre o que é ser uma mulher, o que é tentar entender uma mulher e o que é conviver com uma mulher.

Em meio a esse questionamento tão simples – defina uma mulher – e igualmente intrigante, surge a palavra útero, também, por sinal, participante da definição do sexo feminino. Conceitua-se útero como um órgão fibromuscular onde se gera o feto dos mamíferos<sup>1</sup>. Dentro dos limites anatômicos e funcionais as dúvidas parecem parar por aqui. Dentro do campo ginecológico, mais restritamente a parcela de pacientes já ou futuramente hysterectomizadas, o conceito e a importância do órgão útero ganham uma vasta dimensão.

A hysterectomia é a operação ginecológica mais comum nos Estados Unidos, com aproximadamente 600.000 mulheres sendo operadas anualmente<sup>2,3</sup>. Ela pode ser feita através da via abdominal ou vaginal, pela técnica aberta ou videolaparoscópica. Não existem critérios específicos que possam ser utilizados para determinar a via da hysterectomia, sendo que a opção por qualquer um dos métodos deve ser individualizada e compartilhada com a paciente<sup>4</sup>. Além da seleção da técnica operatória, pode-se escolher pela manutenção ou pela retirada cirúrgica do cérvix, referindo-se, então, a hysterectomia total à remoção do útero e do cérvix e o termo subtotal quando o cérvix é preservado<sup>2,3,5-8</sup>. Em ambos os casos pode ser incorporada a retirada das tubas uterinas e dos ovários<sup>4</sup>.

Mulheres com idade entre 20 e 49 anos constituem o maior segmento de pacientes candidatas e submetidas à hysterectomia, fato que tem permanecido constante desde a década de oitenta<sup>4</sup>. A indicação de uma hysterectomia em mulheres na pré-menopausa é, na maioria das vezes, por condições ginecológicas benignas crônicas<sup>9</sup> como sangramento uterino disfuncional e leiomioma uterino<sup>3</sup>. O sangramento uterino disfuncional é a indicação mais comum, sendo reservada às pacientes que não respondem ou não toleram o tratamento clínico. Já os leiomiomas, os quais são os tumores pélvicos mais frequentes em mulheres, motivam o ato cirúrgico pelos sintomas que podem causar, entre eles: o sangramento, a dor ou a pressão pélvica. Naquelas que estão na menopausa, essa operação é realizada, mais comumente, como parte do tratamento cirúrgico de prolapso uterino. Existem outras doenças que podem indicar



a histerectomia, como a endometriose, a doença inflamatória pélvica e as condições malignas<sup>4</sup>. Desse modo, não é surpreendente o fato de que mais de um quarto das norte-americanas terão passado por esse tipo de cirurgia até a sexta década de vida<sup>2,10</sup> (algumas publicações expõem frações de quase o dobro dessa população<sup>11,12</sup>).

Em virtude da “popularidade” desse procedimento, ressurgiu o debate da importância e do significado não só do órgão útero, mas principalmente da ausência dele para a mulher. As certezas das consequências ou resultados pós-operatórios da histerectomia se restringiam a infertilidade e a retirada da causa que suscitou o desejo da realização da cirurgia e gerou a sua indicação, ao mesmo tempo em que, sem extrapolações, muitas mulheres dividiam e dividem, no campo psicológico, social e/ou sexual, suas vidas em “antes e depois da histerectomia”. Dessa forma, por volta dos anos setenta<sup>13</sup>, o meio acadêmico deu início às discussões dos efeitos de “não possuir mais o útero” em outros “setores” da vida feminina, creditando a ele funções além das biológicas e entendendo-o como o grande possuidor da identidade feminina. Percebeu-se, assim, que muitas mulheres dão ao útero a sua função, capacidade ou vida sexual<sup>14</sup> – estando ele conectado diretamente ao desejo sexual, a libido. Sentem-se elas, quando submetidas à histerectomia, “com um buraco na barriga”, “frígidas”, “sem capacidade de dar e sentir prazer”, “ocas por dentro”<sup>15</sup>.

Por outro lado, altas taxas de satisfação com a histerectomia são consistentemente reportadas. Os resultados positivos mais óbvios relacionam-se com a parada da menstruação e das queixas associadas a ela, com o alívio da “pressão” associada ao aumento do volume uterino, da dor pélvica causada pela endometriose e da dispareunia<sup>2,9,10</sup>. Melhora da incontinência urinária<sup>10</sup>, da depressão, da função sexual<sup>2</sup> e a despreocupação com a possibilidade de uma nova gestação também são relatadas por importante parcela das pacientes. Entretanto, infelizmente, nem todas as mulheres experimentam alívio dos sintomas após a histerectomia e uma pequena proporção delas chega a apresentar novas queixas urinárias, gastrointestinais e declínio na função sexual<sup>10</sup>. Outras preocupações incluem a perda da capacidade de ter filhos, o ganho de peso e as mudanças na auto-imagem<sup>14</sup>.

Os receios das mulheres começam antes mesmo de serem submetidas à operação – é o momento da perda da feminilidade, do fim de um potencial reprodutivo e da diminuição da sexualidade<sup>15</sup>. Infelizmente, existem poucas publicações sobre o processo de decidir pela cirurgia e dois estudos constataram que a preocupação a respeito da sexualidade após a histerectomia é a mais freqüente causa de ansiedade pré-operatória<sup>9</sup> – apresentada por aproximadamente metade das futuramente histerectomizadas<sup>2</sup>. Talvez seja esse o fator principal de a maioria dos trabalhos avaliarem a função sexual como único ou principal

medidor de satisfação pós-histerectomia. Além disso, deve-se lembrar a existência da ansiedade e do receio por parte do parceiro preocupado com possíveis alterações no relacionamento e na sexualidade do casal<sup>16</sup>.

A literatura mostra que as preocupações femininas não são infundadas – estimativas de percentual de mulheres que reportaram deterioração em suas vidas sexuais após histerectomia varia em 13-37%. No entanto, os mesmos estudos que divulgaram que a função sexual de muitas mulheres deteriorou após a operação, depararam-se com 16-47% das mulheres relatando ausência de mudança e com 34-70% referindo melhora na função sexual. Enfim, as evidências são contraditórias, algumas indicando que a histerectomia é causa, ou se relaciona a um detrimento na função sexual e outros advogando o oposto<sup>9</sup>.

Com relação à piora relatada na função sexual, essa tenta ser explicada pelos estudos pioneiros de Masters e Johnson sobre a resposta sexual feminina, os quais sugeriram que pelo menos em algumas mulheres o útero tem um papel na fisiologia do orgasmo<sup>12,13</sup>. Vale salientar ainda que a extirpação uterina (sem ooforectomia concomitante), além de poder alterar as relações anatômicas da pelve pela manipulação cirúrgica, pode gerar uma antecipação das quedas dos níveis hormonais femininos, iniciando, em algumas mulheres, as queixas de secura vaginal e fogachos, os quais podem atrapalhar ou dificultar a vida sexual dessas pacientes<sup>5</sup>. Apesar disso, é imprescindível frisar que a saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, não sendo simplesmente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade a causadora de seu declínio<sup>17</sup>.

Outra grande questão no debate da histerectomia e suas implicações compreende as conseqüências de conservar ou não o cérvix. Esse questionamento apresentou-se na literatura no final da década de oitenta, motivado pela percepção feminina de que a retenção do cérvix seria indispensável para manter o prazer sexual e pela crença médica que a histerectomia subtotal causasse menos danos a estruturas neuroanatômicas do que a técnica em comparação<sup>3,6</sup>. Um estudo prospectivo<sup>5,18</sup> apenas encontrou vantagens para a técnica subtotal na redução das complicações pós-operatórias a curto-prazo e das taxas de hemorragia. Além disso, Kupermann *et al.*<sup>8</sup> não encontraram diferenças entre a histerectomia total e a subtotal. Vale salientar que o temor em preservar o cérvix pela possibilidade de ocorrência de neoplasia maligna é praticamente infundado pela chance de 0,03% da paciente apresentar esse tipo câncer após a histerectomia, na existência de uma colpocitologia oncótica prévia sem anormalidades<sup>18</sup>.

Assim, pelos aspectos subjetivos que cercam o útero e a histerectomia (total ou subtotal), por essa cirurgia ser realizada em uma grande parcela de mulheres e por seus

desfechos ainda apresentarem resultados conflitantes com relação ao bem-estar e à satisfação sexual da paciente e do casal, faz-se importante esse trabalho.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

Analisar a percepção das modificações relacionadas ao bem-estar e a satisfação sexual de pacientes hysterectomizadas por videolaparoscopia em clínica particular de Florianópolis/SC.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Comparar os grupos de pacientes hysterectomizadas de forma total e subtotal nos quesitos expostos no item anterior.
2. Avaliar a satisfação das pacientes a respeito do procedimento realizado.

### 3. MÉTODOS

#### 3.1 Delineamento e população de estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal e analítico realizado em uma clínica privada de Florianópolis/SC através da análise de prontuários eletrônicos de pacientes submetidas à histerectomia videolaparoscópica entre setembro de 2007 e setembro de 2008, com posterior contato telefônico com o grupo selecionado. As pacientes foram selecionadas de um arquivo de cirurgias do único ginecologista que realizou as operações em um hospital privado.

No período supracitado foram realizadas 72 histerectomias videolaparoscópicas. No trabalho, incluíram-se todas as pacientes que foram operadas por condições benignas e eletivas (marcadas, não em caráter de urgência/emergência). Dentro dos critérios de exclusão encontraram-se as pacientes que foram ooforectomizadas concomitantemente à histerectomia, aquelas em que não foi conseguido estabelecer contato telefônico (por provável troca de número telefônico ou após 4 tentativas não efetivas) e aquelas em que o laudo anatomo-patológico da peça cirúrgica apresentava alguma descrição de malignidade. Dessa forma, com a análise de prontuários, restaram 46 pacientes que se enquadravam nos critérios de participação do trabalho.

#### 3.2 Coleta de dados

O questionário foi aplicado pela pesquisadora principal durante os meses de maio-julho de 2009, o que abrange de oito a vinte e dois meses de pós-operatório. A coleta e a organização foram realizadas utilizando-se o programa Microsoft<sup>R</sup> Office Excel 2007.

Em cada ligação, antes da aplicação do questionário foi informado a cada paciente o objetivo da pesquisa e o caráter confidencial de sua participação. O questionário (Anexo I) teve seus dados computados pela pesquisadora principal. Esse, além de inquirir a idade, o estado civil, a paridade e a opção sexual questionava a inalteração, melhora ou piora do fato de não menstruar, do desejo sexual, do orgasmo e da melhora da vida após a cirurgia. E por fim, foi indagado a respeito de que se nas mesmas condições da época da cirurgia, a paciente optaria pela cirurgia ou por outro método e que nota daria para a cirurgia. É importante salientar que foram preenchidos nos questionários os itens: tipo de técnica cirúrgica (se total ou subtotal), queixa principal e resultado do anatomo-patológico da peça cirúrgica a partir da análise dos prontuários das respectivas pacientes.

### 3.3 Análise de dados

Os dados foram analisados considerando as pacientes em um único grupo – dito pacientes histerectomizadas – e também em dois grupos diferentes, um de pacientes submetidas à histerectomia total e outro à histerectomia subtotal.

Para descrever as variáveis quantitativas foram calculadas as médias e os desvios-padrão, valores mínimos, máximos e medianos. As variáveis categóricas foram descritas por meio de suas frequências absolutas (n) e relativas (%). A associação entre as variáveis foi analisada por meio do teste exato de Fisher. Foram consideradas significativas as diferenças quando valor de  $p \leq 0,05^{24}$ . As análises foram realizadas através dos aplicativos Microsoft Excel e EpiInfo 6.04.

As normas éticas estabelecidas pela Comissão Nacional de ética e Pesquisa (CONEP) para pesquisa com seres humanos foram respeitadas. Como projeto de número 267/09, obteve-se parecer favorável do Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina na data de 08/09/2009.

## 4. RESULTADOS

Das 46 pacientes que preencheram os critérios para realização do questionário, 45 (97,8%) responderam-no. A única recusa foi durante o contato telefônico em que a paciente afirmou ausência de tempo disponível para sua participação. As características populacionais e os resultados dos anatomo-patológicos das peças cirúrgicas das participantes são apresentados na Tabela 1. O item opção sexual não foi exposto na Tabela 1 pelo fato de todas as pacientes serem heterossexuais.

**Tabela 1** - Características populacionais e resultados dos anatomo-patológicos das peças cirúrgicas de pacientes hysterectomizadas em clínica particular de Florianópolis/SC entre setembro de 2007-2008

Hysterectomizadas	Número de pacientes (%)
<b>Idade</b>	
<40 anos	9(20.00)
40-49 anos	26 (57.80)
50-59 anos	10 (22.20)
<b>Estado civil</b>	
Solteira	4 (8.90)
Casada	32 (71.10)
Divorciada	9 (20.00)
<b>Paridade</b>	
Sem filhos	2 (4.40)
1 filho	5 (11.10)
2 filhos	32 (71.10)
3 filhos	5 (11.10)
4 filhos	1 (2.20)
<b>Resultados dos anatomo-patológicos<sup>†</sup></b>	
Adenomiose	19
Leiomioma	34
Hip. endometrial <sup>‡</sup>	4
Hip. miometrial	2
Pólipo	3

<sup>†</sup> Algumas pacientes têm mais de um resultado de anatomo-patológico (ex: no útero da paciente 1 foi encontrado leiomioma e pólipo).

<sup>‡</sup> O termo Hip. corresponde à hiperplasia.

Chama-se ainda a atenção para o valor não apresentado na tabela, mas encontrado em análise de prontuários, de 88% das pacientes queixando-se de sangramento vaginal de grande intensidade. As demais se queixavam de dor e “peso na barriga”.

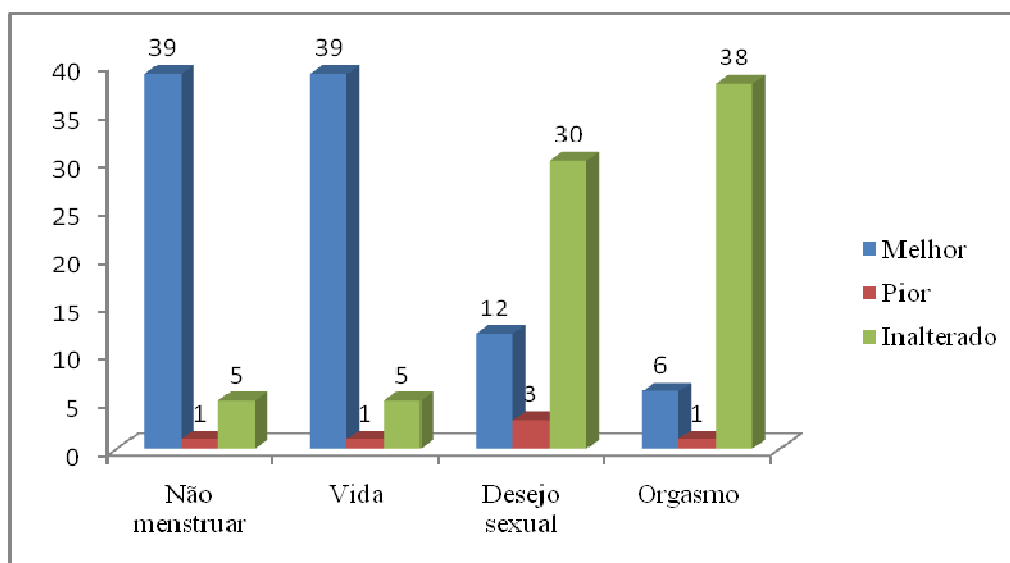
Analizou-se também se houve melhora, piora ou inalteração do fato de não menstruar (amenorréia) e dos itens: vida, desejo sexual e orgasmo após o procedimento (Tabela 2 e Figura 1).

**Tabela 2** – Avaliação da melhora, piora ou inalteração dos itens: não menstruar, vida, desejo sexual, orgasmo em pacientes hysterectomizadas em clínica particular de Florianópolis/SC entre setembro de 2007-2008

		<b>IC (95%)*</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Não menstruar</b>		
Melhor	39 (86.70%)	73.20-94.90%
Pior	1 (2.20%)	0.10-11.80%
Inalterado	5 (11.10%)	3.70-24.10%
<b>Vida</b>		
Melhorou	39 (86.70%)	73.20-94.90%
Piorou	1 (2.20%)	0.10-11.80%
Inalterada	5 (11.10%)	3.70-24.10%
<b>Desejo sexual</b>		
Melhorou	12 (26.70%)	14.60-41.90%
Piorou	3 (6.70%)	1.40-18.30%
Inalterado	30 (66.70%)	51.00-80.00%
<b>Orgasmo</b>		
Melhorou	6 (13.30%)	5.10-26.80%
Piorou	1 (2.20%)	0.10-11.80%
Inalterado	38 (84.40%)	70.50-93.50%

\*IC= intervalo de confiança





**Figura 1** – Comparação da melhora, piora ou inalteração dos itens: não menstruar, vida, desejo sexual, orgasmo em pacientes hysterectomizadas em clínica particular de Florianópolis/SC entre setembro de 2007-2008.

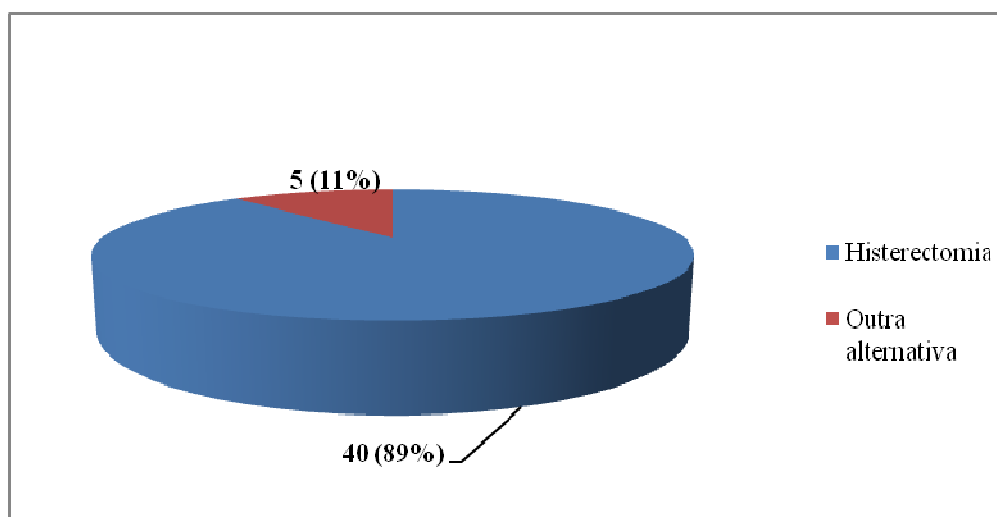
Das 45 pacientes, 21 (46.67%) foram submetidas à hysterectomia total e 24 (53.33%) à hysterectomia subtotal e esses dois grupos foram comparados. Com relação aos dados populacionais, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos quesitos idade, estado civil, paridade e doença (Anexo II). Confrontou-se os grupos nos itens melhora, piora ou inalteração do fato de não menstruar, da vida, do desejo sexual e do orgasmo após o procedimento (Tabela 3). Em síntese, na comparação dos grupos hysterectomia total e subtotal nos quatro quesitos não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os eles, apesar de um  $p$  limítrofe de 0.070 no grupo desejo sexual.

**Tabela 3** - Histerectomia total x histerectomia subtotal: melhora, piora ou inalteração do não menstruar, da vida, do desejo sexual e do orgasmo e em pacientes histerectomizadas em clínica particular de Florianópolis/SC entre setembro de 2007-2008

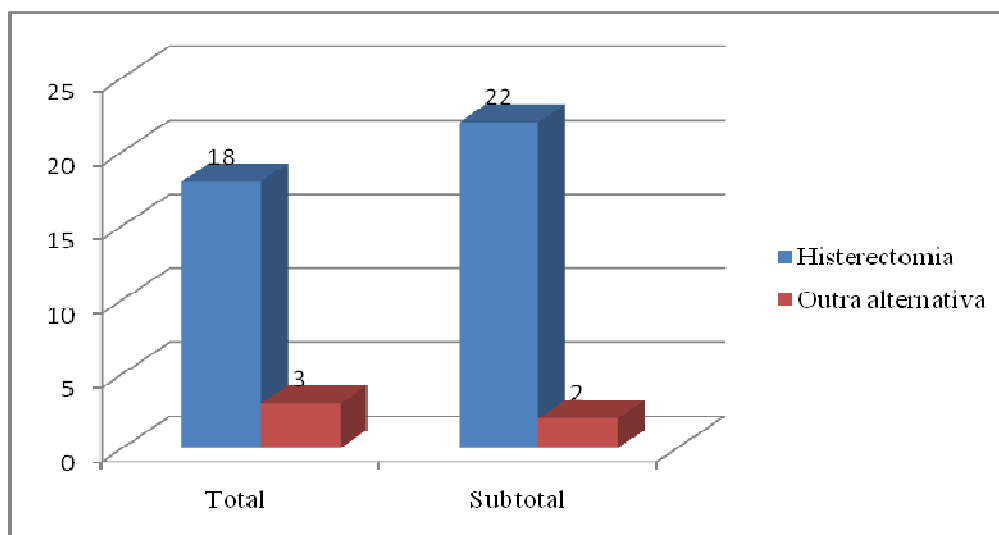
	Histerectomizadas		p <sup>*</sup>
	Total (N=21) N (%)	Subtotal (N=24) N (%)	
<b>Não menstruar é</b>			0.817
Melhor	18 (46.15%)	21 (53.85%)	
Pior	0 (00.00%)	1 (100.00%)	
Inalterado	3 (60.00%)	2 (40.00%)	
<b>Vida</b>			
Melhorou	19 (48.72%)	20 (51.28%)	1.000
Piorou	0 (00.00%)	1 (100.00%)	
Inalterada	2 (40.00%)	3 (60.00%)	
<b>Desejo sexual</b>			
Melhorou	7 (58.33%)	5 (41.67%)	0.070
Piorou	3 (100.00%)	0 (00.00%)	
Inalterado	11 (36.67%)	19 (63.33%)	
<b>Orgasmo</b>			
Melhorou	3 (50.00%)	3 (50.00%)	0.822
Piorou	1 (100.00%)	0 (00.00%)	
Inalterado	17 (44.74%)	21 (55.26%)	

\* As análises foram realizadas através do teste exato de Fisher.

Com relação ao procedimento, quando perguntado: se houvesse a possibilidade de no momento da escolha da cirurgia, escolher novamente por ela ou por outra alternativa, 88.79% das pacientes afirmaram que iriam escolher novamente a histerectomia (Figura 2). O fato de preferir a histerectomia ou optar por outro procedimento também foi comparado entre os grupos total e subtotal (Figura 3).



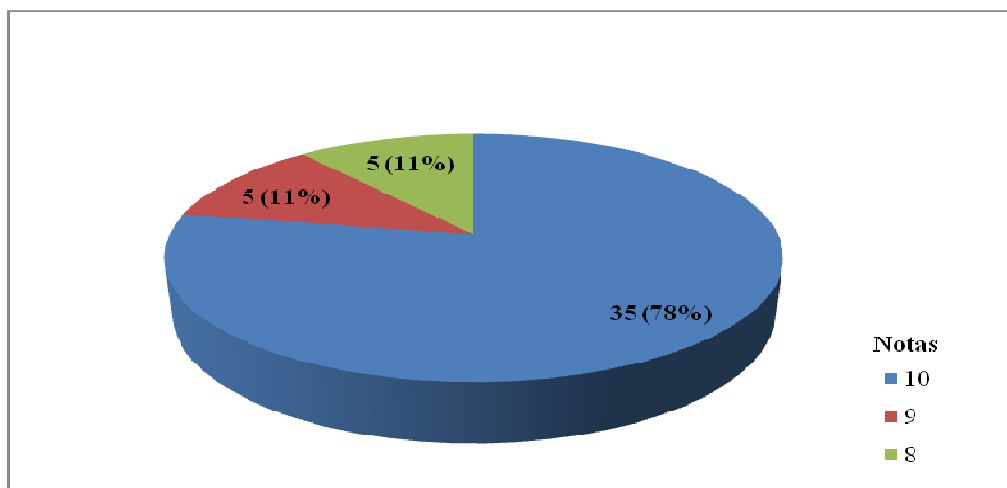
**Figura 2** - Satisfação das pacientes histerectomizadas, em clínica particular de Florianópolis/SC, relacionada ao procedimento: *se pudesse, optaria novamente pela histerectomia ou escolheria nova alternativa?*



**Figura 3** – Histerectomia total x subtotal: satisfação das pacientes histerectomizadas, em clínica particular de Florianópolis/SC, relacionada ao procedimento: *se pudesse, optaria novamente pela histerectomia ou escolheria nova alternativa?*

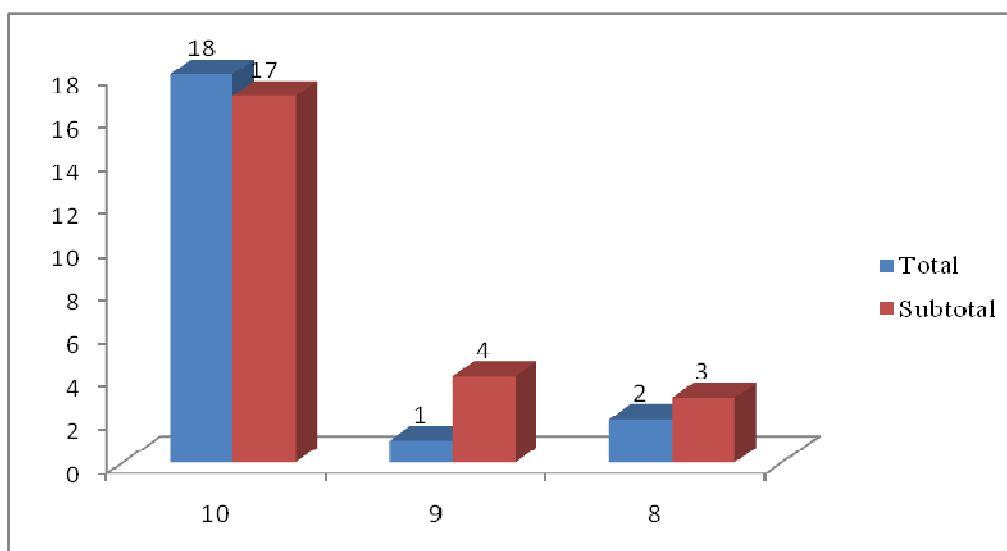
\*Na comparação dos grupos total e subtotal,  $p=0.652$  (teste exato de Fisher).

Foi também inquirido a respeito da nota que as participantes dariam para o procedimento escolhido. Todas as notas foram acima de 8.00 e não houve diferença de avaliação entre os grupos (Figura 4). Na Figura 5 encontra-se a comparação desse item entre os grupos total e subtotal.



**Figura 4** – Avaliação da histerectomia (nota de 0-10) realizada pelas pacientes de clínica particular de Florianópolis/SC entre setembro de 2007-2008

\* A nota mínima, dada pelas pacientes, de um escala de 0-10.00 foi 8.00.



**Figura 5** – Histerectomia total x subtotal: avaliação da histerectomia (nota de 0-10) realizada pelas pacientes de clínica particular de Florianópolis/SC entre setembro de 2007-2008

\* A nota mínima, dada pelas pacientes, de um escala de 0-10.00 foi 8.00.

\*\* Na comparação dos grupos total e subtotal,  $p=0.579$  (teste exato de Fisher).

## 5. DISCUSSÃO

O que está sendo exposto correlaciona-se ao que é apresentado atualmente na literatura no tema histerectomia. Esse trabalho avalia as pacientes em alguns aspectos psicológicos e sexuais, compara-as em grupos total e subtotal (de acordo com a conservação ou não do cérvix) e analisa a satisfação das participantes relacionada ao procedimento. Seus resultados são semelhantes aos apresentados pelos artigos de mesmo tópico, com um percentual de satisfação melhor do que os resultados da bibliografia.

Apesar de a amostra ter sido aquém da esperada, tem-se um grupo de pacientes que quando subdividido em total e subtotal apresentou homogeneidade em todas as características demográficas consideradas. No item idade, seus valores são similares a um estudo envolvendo 1.101 mulheres no estado de Maryland/EUA em que a categoria de 40-49 anos abrangia 49% das pacientes<sup>9</sup>. Nos valores do estado civil e paridade têm-se uma predominância parecida ao que foi visto nas publicações estudadas<sup>19,20</sup>.

Como a grande maioria das participantes se queixava de sangramento vaginal de grande intensidade, contrariamente a grande parte das publicações, optou-se pela análise dos resultados dos anatomo-patológicos das peças cirúrgicas, comprometendo a comparação com outros trabalhos. Entretanto, Treloar *et al.*<sup>21</sup> apresentaram, além das “razões para a histerectomia” relatadas pelas pacientes, os resultados dos achados nos anatomo-patológicos de 236 histerectomizadas, separando-os em porcentagens de achados únicos e concomitantes. Do total de úteros analisados por eles, 27.6% foram normais, 33.4% apresentavam leiomiomas (11.0% sendo achados únicos e 22.4% concomitantes), 29.1% tinham adenomioses, 12.7% endometrioses e os demais com outros resultados (pólipos, displasia cervical, câncer, outros). Além disso, esse mesmo estudo não encontrou associação significativa entre as razões mais importantes reportadas pelas pacientes para serem histerectomizadas e as condições patológicas encontradas nos seus respectivos laudos. Já nas biópsias avaliadas no trabalho em apresentação, tem-se pelo menos um achado histopatológico em todos eles, com uma predominância de leiomiomas únicos ou concomitantes. Talvez isso tenha ocorrido pela predileção do ginecologista por não eleger a histerectomia como melhor método para tratamento de sangramento uterino disfuncional.

Independentemente dos achados histopatológicos, o alívio dos sintomas é um dos principais benefícios da histerectomia e pode ser associado a uma melhora importante da

qualidade de vida dessas pacientes. Exemplo disso é o fato de um estudo australiano ter apresentado o alívio do sangramento como mais freqüente benefício da histerectomia a longo prazo<sup>22</sup>. Aqui, uma possível relação com a melhora da qualidade de vida (apesar de não terem sido aplicados questionários de qualidade de vida), são as altas taxas de satisfação das participantes com a amenorréia e suas respectivas vidas.

Discutem-se também as modificações provocadas pela histerectomia na função sexual. Em uma revisão sistemática, Farrel *et al*<sup>12</sup>, analisaram dezoito trabalhos, oito prospectivos e dez retrospectivos, sendo todos eles avaliados pela qualidade metodológica e pelos achados relacionados ao impacto da histerectomia na sexualidade. Na maioria dos estudos não ocorreram alterações na sexualidade das histerectomizadas. O percentual de mulheres com libido melhorado ou inalterado variou entre 60-100% e diminuído foi de 0-40% e para o orgasmo, 75-92% relataram melhora ou inalteração e 8-25% piora. Assim, esses resultados levaram os investigadores a inferir que a qualidade de vida aumentou para a maioria das mulheres submetidas à histerectomia e que esse procedimento não afetou adversamente a sexualidade.

Têm-se porcentagens ainda mais satisfatórias no trabalho aqui vigente a respeito da inalteração e melhora do desejo sexual o do orgasmo. O porquê de números tão bons, como aconteceu com Dragisic *et al*<sup>2</sup>, pode estar relacionado ao fato de o grupo de estudo ter sido selecionado em uma clínica privada, o que pode não representar a população em geral, além do fato da técnica videolaparoscópica ter um melhor resultado estético. Conforme sugerido por Weber *et al*<sup>23</sup>, através das entrevistas pós-operatórias, neste trabalho assumiu-se também que qualquer alteração mais importante na função sexual estaria relacionada exclusivamente à histerectomia, não sendo considerado outros fatores de maior importância (possíveis fatores de confusão).

Essa análise mais abrangente da função sexual é uma das principais críticas da revisão de Farrel *et al*<sup>12</sup>. Segundo essa revisão, com poucas exceções, a qualidade metodológica dos estudos foi pobre – as variáveis foram mal definidas, os questionários eram superficiais, não investigando a experiência sexual da mulher antes da cirurgia (ou comparando a função sexual pré-operatória e pós-operatória<sup>2</sup>) e não considerando os fatores confundidores de alteração da função sexual, como relação com parceiro, efeitos hormonais, bem-estar psicológico (menos temor a respeito da gravidez não desejada, ausência de sangramento vaginal e mais tempo para atividade sexual pela cessação das menstruações<sup>14</sup>) e indicação para a cirurgia.

Segundo Rhodes *et al*<sup>9</sup>, idealmente, os efeitos da histerectomia na função sexual deveriam ser examinados em um estudo prospectivo longo (duradouro) que permitisse: 1) examinar a função sexual antes mesmo do início da condição ginecológica benigna que indicou a histerectomia, 2) estimar o impacto da respectiva condição ginecológica benigna na função sexual e 3) comparar a função sexual da pós-histerectomia com a função sexual antes e depois do início da condição ginecológica benigna. Neste trabalho foi objetivado apenas uma resposta da paciente sem relacionar a respectiva à sua vida sexual pregressa. Isso ocorreu pelo fato de não haver consenso na literatura a respeito da avaliação desses parâmetros.

Com relação aos orgasmos, muitos estudos mostraram a preocupação de a histerectomia causar orgasmos menos frequentes e/ou menos intensos. Os mecanismos postulados para esses efeitos incluem: formação de tecido cicatricial na cúpula vaginal causando dispareunia, eliminação dos movimentos cervicais durante o orgasmo e necessidade de córvix para o orgasmo interno<sup>5</sup>. Apesar disso, a maioria das pacientes no trabalho de Rhodes *et al*<sup>9</sup> não pareceram ter sido negativamente afetadas, pelo fato de que das mulheres que tinham orgasmos antes da histerectomia, 83,3% estavam tendo orgasmos de igual ou maior frequência 12 meses após a histerectomia e 84,6% estavam tendo orgasmos de igual ou maior duração 12 meses após a histerectomia. Aqui, foi apenas investigado se as pacientes tinham orgasmos melhores, piores ou inalterados, com resultados semelhantes aos das publicações com os mais altos índices de satisfação no assunto.

Analisaram-se também os mesmos itens: não menstruar (amenorréia), vida, desejo sexual e orgasmo comparando-os entre as pacientes que realizaram histerectomia total e subtotal. Thakar *et al.*<sup>18,23</sup> em seu estudo original relatou que após 12 meses do ato operatório nem o método total ou o subtotal afetaram adversamente a função dos órgãos pélvicos, além de perceber uma melhora na qualidade de vida e nos sintomas psicológicos em ambos os casos – não encontrando diferenças significativas entre o grupo total e o subtotal. No seguimento a longo prazo, 7-11 anos, também não encontraram deterioração significativa em ambos, não havendo diferenças entre os procedimentos. Afirmaram apenas uma deterioração na função sexual 7-11 anos após a histerectomia, que pode estar relacionada ao fato de muitas das participantes estarem no climatério que é associado a diminuição da função sexual. Assim, apesar da sexualidade ser um assunto complexo para estudar, sendo difícil excluir influências físicas e psicológicas, seus dados sugerem que, a longo termo, a técnica subtotal não confere nenhum benefício sobre a total.

Tem-se, nesse trabalho, de forma generalizada, um resultado similar com o autor acima, não havendo diferenças significativas entre os grupos total e subtotal. As limitações

são parecidas, não havendo em ambos os trabalhos a validação do questionário e não sendo acessada a sexualidade de mulheres sem parceiro. Não existe também um grupo controle que poderia melhor creditar os benefícios da histerectomia pelo fato deste eliminar alguns possíveis fatores de confusão de melhora da vida sexual<sup>2</sup>. Talvez, os bons resultados podem ser atribuídos ao curto prazo de tempo entre a histerectomia e a aplicação do questionário.

Uma revisão da biblioteca Cochrane<sup>6</sup> que comparou histerectomia total e subtotal mostrou que os poucos estudos que encontraram diferenças entre as técnicas foram de baixa qualidade. Também não apresentou evidências de diferenças na função física ou mental em escores de qualidade de vida em ambos os grupos. Entretanto, um ponto problemático da comparação de estudos é uma significativa heterogeneidade de medidas de satisfação sexual sendo a função sexual acessada pela frequência de orgasmos, dispareunia, lubrificação vaginal ou simplesmente satisfação sexual. Aqui, foram utilizados os itens desejo sexual e orgasmo, com poucos trabalhos apresentando análises de itens similares, sendo dessa forma, preferida a comparação deste trabalho com revisões.

E, apesar da proliferação nos últimos anos, de alternativas efetivas, menos invasivas e mais baratas do que a cirurgia, a histerectomia é alternativa definitiva de cura para uma ampla gama de distúrbios ginecológicos com uma baixa morbidade perioperatória e alta taxas de satisfação<sup>20</sup>. Foi avaliada, desse modo, a satisfação das pacientes com relação ao procedimento cirúrgico. A satisfação com o procedimento foi bastante elevada, pois todas as pacientes avaliaram a cirurgia com notas acima de 8.0. Da mesma forma que foram avaliados os itens anteriores, aqui também se comparou a satisfação com a cirurgia entre os grupos de histerectomia total e subtotal, não se encontrando diferenças significativas entre os métodos. Não foi encontrado na literatura trabalho que tenha realizado semelhante análise.

Enfim, as publicações a respeito da histerectomia e suas relações psicológicas e sexuais utilizam variáveis diferentes e questionários sintetizados – fatores que prejudicam a avaliação dos respectivos e a confecção de revisões para que se conheçam os desfechos das histerectomias realizadas. Dessa forma, a unificação das variáveis, a validação de um questionário e a investigação pormenorizada da função sexual das pacientes beneficiará uma importante parcela de mulheres – já ou futuramente histerectomizadas.



## **6. CONCLUSÕES**

- 1.** A maioria das pacientes interpretou como melhor ou inalterado o fato de não menstruar, as suas vidas, o desejo sexual e o orgasmo após a histerectomia, apesar de não se poder atribuir esses resultados simplesmente como consequência do procedimento.
- 2.** Os métodos histerectomia total e subtotal não apresentaram diferenças estatisticamente significantes quanto à amenorréia, à vida, ao desejo sexual e ao orgasmo.
- 3.** A maioria das pacientes está satisfeita com o método escolhido (histerectomia).
- 4.** 100% das pacientes atribuíram nota acima de 8.00 ao método em um escala de 0.00-10.00.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. 3ª edição. Rio de Janeiro: Objetiva; 2008. p. 176 e 756.
2. Dragisic KG, Milad MP. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am j obstet gynecol*. 2004 May 20;190(5):1416-8
3. Maas CP, Weijnenborg PTM, Kuile MM. The effect of hysterectomy on sexual functioning. *Annu rev sex res*. 2003 Jan 02;14:83-113.
4. Berek, JS. Berek & Novak: Tratado de ginecologia. 14ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
5. Thakar R, Ayer S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda L. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl j med*. 2002 Oct 24;347(17):1318-25.
6. Anne L, Valeria I, Neil J. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane database of syst rev*. 2006, Issue 2. Art.No.: CD004933. DOI: 10.1002/14651858.CD004993.
7. Thakar R, Ayers S, Srivastava R, Manyonda I. Removing the cervix at hysterectomy: an unnecessary intervention? *Obstet gynecol* 2008 Dec;112(6):1262–9.
8. Kuppermann M, Summitt RL Jr, Varner RE, McNeeley SG, Goodman-Gruen D, Learman LA, et al. Sexual functioning after total compared with subtotal hysterectomy: a randomized trial. *Obstet gynecol*. 2005 Jun;105(6):1309–18.
9. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA*. 1999 Nov 24;282(20):1934-41.
10. Farquhar CM, Harvey SA, Yu Y, Sadler L. A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. *Am j obstet gynecol*. 2006 Mar;194(3):711-7.
11. Candiani M, Izzo S, Bulfoni A, Riparini J, Ronzoni S, Marconi A. Laparoscopic vs vaginal hysterectomy for benign pathology. *Am j obstet gynecol*. 2009 Apr;200(4):368.e17
12. Farrel AS, Kieser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet gynecol*. 2000 Jun;95(6):1045-1050.
13. Goetsh M. The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations. *Am j obstet gynecol*. 2005 Jun;192(6):1922-7
14. Hehenkamp WJK, Volkers NA, Bartholomeus W, Blok S, Birnie E, Reekers JA, Ankum WM. Sexuality and Body Image after uterine artery embolization and hysterectomy in the treatment of uterine fibroids: a randomized comparison. *J vasc interv radiol*. 2007 Aug 2;30(5):866-75.
15. Sbroggio AMR, Osis MJM, Bedone AJ. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. *AMB rev Assoc Med Bras*. 2005 Sep-Oct;51(5):270-4.
16. Williams RD, Clark AJ. A qualitative study of women's hysterectomy experience. *J wom heal gen med*. 2000;9(2):S15-25.
17. Domoney C. Sexual function in women: what is normal? *Int urogynecol j*. 2009 Apr 7;20(1):S9-17.
18. Thakar R, Ayers S, Georgakapolou A, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomized comparison of total versus subtotal hysterectomy. *Br j obstet gynaecol*. 2004 Oct;111(10):1115–20.

19. Van Den Eeden SK, Glasser M, Mathias SD, Colwell HH, Pasta DJ, Kimberly K. Quality of life, health care utilization, and costs among women undergoing hysterectomy in a managed-care setting. *Am j obstet gynecol*. 1998 Jan;178(1):91-100.
20. Kjerulff KH, Langenberg PW, Rhodes JC, Harvey LA, Guzinski GM, Stolley PD. Effectiveness of hysterectomy. *Obstet gynecol*. 2000 Mar;95(3):320-26.
21. Treloar SA, Do K, O'Connor VM, O'Connor DT, Yeo MA, Martin NG. Predictors of hysterectomy: An australian study. *Am j obstet gynecol*. 1999 Abr;180(4):945-54.
22. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ. The Maine Women's Health Study, I: outcomes of hysterectomy. *Obstet gynecol*. 1994 Abr;83:556-565.
23. Weber AM, Walters MD, Shover LR, Church JM, Piedmonte MR. Functional outcomes and satisfaction after hysterectomy. *Am j obstet gynecol*. 1999 Jul-Aug;5(4)230-4.
24. Kirkwood B. *Essentials of medical statistics*. Oxford: Blackwell; 1988.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

## ANEXO I

### QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

DATA: \_\_\_\_\_

- 1) Idade(atual): \_\_\_\_\_
- 2) Estado civil(atual):  
☐ solteira  
☐ casada  
☐ divorciada
- 3) Paridade: \_\_\_\_\_ filhos
- 4) Opção sexual: \_\_\_\_\_  
☐ homossexual  
☐ heterossexual
- 5) Não menstruar é (amenorréia):  
☐ melhor  
☐ pior  
☐ inalterado
- 6) Houve mudança do desejo sexual após a cirurgia?  
☐ melhorou  
☐ piorou  
☐ não alterou
- 7) Houve alteração no orgasmo após a cirurgia?  
☐ melhorou  
☐ piorou  
☐ não alterou
- 8) Sua vida melhorou após a cirurgia?  
☐ sim  
☐ não  
☐ não alterou
- 9) Nas mesmas condições da época da cirurgia, você faria opção de histerectomia ou tentaria outra alternativa?  
☐ optaria pela histerectomia  
☐ optaria por outra alternativa
- 10) Qual a nota (de 0-10) que você daria para a histerectomia? \_\_\_\_\_

## ANEXO II

**Tabela** - Características populacionais e resultados dos anatomo-patológicos das peças cirúrgicas das pacientes histerectomizadas separadas por método: grupo total e grupo subtotal em clínica particular de Florianópolis/SC entre setembro de 2007-2008.

	Histerectomizadas		p <sup>*</sup>
	Total (N=21) N (%)	Subtotal (N=24) N (%)	
<b>Idade</b>			0.236
<40 anos	3 (33.33)	6 (66.67)	
40-49 anos	11 (42.31)	15 (57.59)	
50-59 anos	7 (70)	3 (30)	
<b>Estado civil</b>			0.182
Solteira	0 (0.00)	4 (100.00)	
Casada	16 (50.00)	16 (50.00)	
Divorciada	5 (55.56)	4 (44.44)	
<b>Paridade</b>			0.399
Sem filhos	0 (0.00)	2 (100.00)	
1 filho	1 (20.00)	4 (80.00)	
2 filhos	16 (50.00)	16 (50.00)	
3 filhos	3 (60.00)	2 (40.00)	
4 filhos	1 (100.00)	0 (00.00)	
<b>Resultados dos anatomo-patológicos<sup>†</sup></b>			
Adenomiose	10 (52.63)	9 (47.37)	0.555
Leiomioma	15 (44.12)	19 (55.80)	0.730
Hip. endometrial <sup>‡</sup>	1 (25.00)	3 (75.00)	0.611
Hip. miometrial	1 (50.00)	1 (50.00)	1.000
Pólipo	2 (66.67)	1 (33.33)	0.592

<sup>\*</sup> As análises foram realizadas através do teste exato de Fisher.

<sup>†</sup> Algumas pacientes têm mais de um resultado de anatomo-patológico (ex: no útero da paciente 1 foi encontrado leiomioma e pólipo).

<sup>‡</sup> O termo Hip. corresponde à hiperplasia.